

Anlage D

Attestation Médicale

**Selon l'Ordonnance du Ministre Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé,
des Soins et de la Protection des Consommateurs portant sur les mesures
lors de l'entrée sur le territoire provenant de l'Italie**

Il est certifié que

(nom) _____

né(é) le _____ à _____

a été testé quant à la présence de SARS-CoV-2 le _____.

Statut de l'infection au moment du test

SARS-CoV-2

pos: nég:

_____, le _____

Signature et Cachet du médecin certifiant

Cochez ce qui convient